№ 2 WARSZAWA, LUTY 1931 ROK III.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10,— **Numer pojedyńczy Zł. 1.50**

Balsam Thiocolan

i

Balsam Thiocolan

c. phitino

są stosowane przez powagi lekarskie całego kraju
W CIERPIENIACH DRÓG ODDECHOWYCH

Jesteśmy w posiadaniu kilkuset orzeczeń PP. Lekarzy podkreślających dodatnie działanie tych środków

CO JEST NAJLEPSZEM ŚWIADECTWEM ICH WARTOŚCI LECZNICZEJ



UŻYCIE: 3 do 4 razy dziennie po łyżce deserowej, dzieciom stosunkowo mniej

Dla PP. Lekarzy próby i literatura bezpłatnie.

Gruźlica, grypa, bronchit, rozedma płuc, przewlekły kaszel, dychawica, wszelkiego rodzaju nieżyty płuc i t. p.

MOKOTOWSKA FABRYKA CHEMICZNO-FARMACEUTYCZNA

Adolf Gąsecki i S-wie

W WARSZAWIE
KANTOR UL. LESZNO Nr. 41

BISMUTHOIDOL

Roztwór wodny bizmutu kolloidalnego specjalnie przyrządzony w laboratojach M-ce Robin w Paryżu.

STOSOWANY WE WSZYSTKICH OKRESACH PRZYMIOTU.

Zastrzyki podskórne, do mięśni lub dożylne.
Wchłania się niezwłocznie.
Łatwy do wstrzykiwania i zupełnie bezbolesny
1 ampułka 2 ccm. co 2 lub 3 dni.

Wyłączne przedstawicielstwo na Rzeczpospolitę Polską:

Spółka Akcyjna **Władysław Hoffman i S-ka**

PRZEMYSŁ I HANDEL APTECZNY

Warszawa, ulica Leszno Nr. 17. Telefony: 621-14, 622-56, 694-21, 637-86.

Na żądanie wysyłamy literaturę i próbne pudełka WPP Lekarzom



MINERALNA NATURALNA

Woda **EMS** i Sól **EMS**

znane od wieków jako środki lecznicze o światowej sławie, posiadające ponadto własności zapobiegawcze przeciwko:

Katarowi, astmie, kaszlowi, chrypce, grypie i jej skutkom, chorobie cukrowej i złej przemianie materji.





Zwracajcie jednakże baczną uwagę na markę ochronną „EMS".

Żądajcie naturalnej Emskiej wody i soli Emskiej.
Sprzedaż we wszystkich aptekach i drogerjach.
Omijajcie sztuczne wyroby.

№ 2. WARSZAWA, LUTY 1931 ROK III

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Podał Dr. med. A. GALEWSKI, Warszawa.

LEPKOŚĆ KRWI, Z PUNKTU WIDZENIA FIZYKOCHEMJI I KLINIKI

Podstawy chemiczno - fizyczne.

Lepkością cieczy w ogólności nazywamy tarciem wewnętrznem poszczególnych cząstek płynu o siebie, tarcie wewnętrzne różnych cieczy jest bardzo różne.

Właściwem źródłem lepkości jest przedewszystkiem obecność ciał białkowych, kolloidów w osoczu krwi, im więcej kolloidów w surowicy, tem bardziej lepka krew, wielkość lepkości zależy także i od ilości składników morfotycznych, zawieszonych w surowicy i od ciepłoty.

Lepkość roztworu kolloidalnego jest bezpośrednim wynikiem tarcia wewnętrznego pomiędzy poszczególnemi cząstkami ciała kolloidowego, w nim rozproszonego. Im więcej tych cząstek zawiera dany roztwór i im bardziej są one napęczniałe, tem większe staje się tarcie wewnętrzne pomiędzy cząstkami i tem większa jest lepkość roztworu. Ładunek elektryczny cząstek kolloidowych ma ogromny wpływ na lepkość roztworu.

Lepkość każdego roztworu kolloidowego, naprzykład białka jest najmniejsza w punkcie izoelektrycznym, w miarę zaś oddalania się stężenia jonów wodorowych roztworu w stronę kwaśną lub zasadową, to jest w miarę jonizacji cząstek białka, lepkość roztworu wzrasta.

Jeżeli w ustroju powstaje nadmiar kwasów, wówczas z białka neutralnego powstaje białko kwaśne wedle wzoru następującego:

H albumen OH + H = Halb + H_2O i to zjawisko odbija się na lepkości roztworu.

Lepkość więc w dużej mierze zależy od równowagi jonów w ustroju, od tak zwanej izojonji H.—OH.

Ta sama sprawa nie tylko tyczy się białek surowicy, lecz także hemoglobiny krwinek, dzięki właśnie temu zjawisku krew żylna, jako kwaśniejsza zawiera nabrzękłe krwinki (co zwiększa lepkość) w porównaniu z krwią tętniczą, której krwinki są odpęczniałe.

Badania Puglies'e wykazały, iż wprowadzenie do ustroju żelatyny lub gumy arabskiej wzmaga bardzo znacznie lepkość do tego stopnia, iż tworzenie się limfy lub wydzielanie moczu, było bardzo utrudnione.

Doświadczenie nad lepkością.

Riesser i Neuschloss badali wpływ specyficznych trucizn mięśniowych na zwykły kolloid, to znaczy działanie ich na lepkość krwi.

0,5% roztwór żelatyny i weratryna w małym stężeniu wzmaga pęcznienie, w dużej koncentracji działa odpęczniająco, zwłaszcza im kwaśniejsze środowisko.

Chinina w każdem stężeniu i stopniu zakwaszenia obniża lepkość krwi, prawdopodobnie działać ma ona na ferment solu, zmniejszając stan rozproszenia kolloidu.

Kofeina według Bela zwiększa lepkość żelatyny, nowokaina również wzmaga lepkość roztworu żelatyny.

Metoda badania.

Mierzenie lepkości krwi odbywa się przy pomocy wiskozymetru Hessa albo Cybulskiego.

Zasadą jest porównanie szybkości wypływu krwi z szybkością wypływu wody z rurek o jednakowym przekroju.

Przyczyny zwiększonej lepkości krwi.

Krew ludzka normalna posiada w ciepłocie 38° C. lepkość wynoszącą 5,1, według Bence wahania w normalnej krwi mogą się zacierać w granicach od 4,37 — 6,80, a w surowicy normalnej od 1,6 — 2,1. Zmiany w ciągu dnia wynoszą mniejwięcej około 12%.

Lepkość krwi żylnej jest stale wyższa, różnicę tę powoduje zawarteość CO_2 we krwi żylnej, wzmagający lepkość przez swój wpływ na składniki krwi (ciałka czerwone). W stanach chorobowych lepkość krwi ulega znacznym wahaniom.

Na powstawanie różnic lepkości wpływają rozmaite przyczyny, mianowicie:

1) Wpływ samej djety; jest rzeczą dobrze znaną, że dłuższe stosowanie djety mleczno-roślinnej obniża lepkość krwi, djeta zaś mięsna i składająca się zwłaszcza z wątroby, śledziony, mózgu i nerek, zawierające w znacznym stopniu związki nukleinowe, wzmagają lepkość krwi.

2) Lepkość krwi wzmaga się przy ciężkiej pracy mięśniowej,

w związku z ciągłem wytwarzaniem się kwasu mlekowego i innych produktów przemiany materji, przeciwnie spokój i leżenie w łóżku obniżają lepkość krwi.

3) Lepkość krwi zależy w dużej mierze od zawartości CO_2 we krwi, w chorobach serca i płuc lepkość krwi znacznie się wzmaga.

4) Lepkość krwi zależy od liczby krwinek czerwonych w ustroju, mała ilość tlenu wzmaga liczbę krwinek czerwonych, a także i lepkość krwi, górski klimat na tej zasadzie zwiększa lepkość krwi; naodwrót w stanach niedokrwistości krew staje się wodnistą, a lepkość dochodzić może do 1,71, w czerwienicy zaś (poliglobulja) dochodzi do 24,48.

Następująca tablica mniej więcej daje pojęcie o wzmaganiu się lepkości krwi przy podnoszeniu się ilości krwinek czerwonych.

Ilość ciałek czerwonych	lepkość krwi
6 — 7 miljonów	6,48
7 — 8 „	8,0
8 — 9 „	17,3
9 — 10 „	20,9

5) Niemały wpływ na stan lepkości wywierają także i białe ciałka krwi, zwiększona ich ilość w białaczce lub procesach zapalnych podnosi lepkość krwi. Upusty krwi, wprowadzanie rozczynów Kcl, $CaCl_2$ i soli jodu obniżają lepkość krwi.

6) Nakoniec przy niedomodze nerek obraz lepkości jest bardzo

zmienny, zatrzymanie produktów przemiany materji daje wzmożoną lepkość, jednak często bywa także hydremja.

Stosunek lepkości do ciśnienia krwi.

Liczni badacze wykazują, że wzmożenie ciśnienia idzie w parze ze wzmożeniem się lepkości krwi, sole jodu według niektórych klinicystów obniżają ciśnienie krwi, dają jednocześnie obniżenie lepkości krwi.

Pogląd ten podziela Nagy, który sądzi, że wysokie ciśnienie zwiększa lepkość krwi, niskie obniża.

Doświadczenie wykazuje, że po przecięciu rdzenia, spada ciśnienie krwi, a jednocześnie z tem zmniejsza się lepkość krwi. Wedle badań Pauliego jodki zmniejszają lepkość kolloidów.

Zwężenie naczyń włoskowatych podnosi zasadniczo ciśnienie krwi, tak działają i wpływają środki farmakologiczne, tak bywa przy miażdżycy tętnic, tak wreszcie działa djeta, obfitująca w substancje nukleinowe.

Ustrój sam reguluje ciśnienie krwi przez rozszerzenie naczyń włoskowatych.

Lepkość krwi w innych sokach ustrojowych.

Badano również lepkość krwi i w innych sokach ustrojowych jak ślinie, treści żołądkowej, żółci, moczu, płynie mózgordzennym i t. d.

W ślinie lepkość krwi waha się od 1,4 — 2,0 (Strauss, Brunacci).

W treści żołądkowej po próbnem śniedaniu lepkość wynosi 1,1 — 2,6 (Parisetti).

W żółci 1,46 — 58,24 (Kimura) skala więc lepkości jest bardzo rozległa, zwiększona lepkość jest objawem, mówiącym o możliwości wypadania złogów w pęcherzyku żółciowym.

Posner pierwszy badał lepkość moczu w zależności od rozmaitego ciężaru gatunkowego, przy ciężarze gatunkowym do 1005 lepkość wynosi 1, a więc prawie, jak w wodzie destylowanej. O ciężarze gatunkowym, dochodzącym do 1024 lepkość moczu wynosi 2,14. Wzmożona ilość białka w moczu nie daje wielkich różnic co do lepkości krwi. Ciekawą jest rzeczą, że zawartość krwinek czerwonych, białych, cylindrów i soli wzmaga lepkość krwi.

W płynie mózgowordzennym lepkość waha się w granicach 1,008 — 1,024 (Gabette).

Nakoniec Siwon i Braga badali lepkość płynu z przetoki z ductus thoracicus i wykazali, że ona wynosiła mniej więcej od 1,18 — 1,33.

Jak widać z powyższego badanie lepkości krwi i innych soków ustrojowych jak śliny, żółci, soku żołądkowego i jelitowego, mózgowordzennego i moczu, ma nie tylko znaczenie fizykochemiczne i fizjologiczne, ale także i kliniczne, chociaż w tym kierunku mamy zbyt skąpe badanie,

przedewszystkiem daje pojęcie do pewnego stopnia o zachowaniu się samych kolleidów w sokach ustrojowych w rozmaitych stanach chorobowych oraz a zachowaniu się stosunku układu kolloidowego w fizjologji i patologji.

ŹRÓDŁA PIŚMIENNICZE.

1. *Cohnheim*. München. med. Woch. Nr. 38, 1917.
2. *Determann*. Zeitschr. f. Klin. med. Nr. 59. S. 283, 1906.
3. *Rottmann*. Die Viskosität des menschlichen Blutes.
4. *Kimura. Deutsch*. Arch. f. Klin. med. Nr. 79. S. 274, 1904.
5. *Passinetti*. Zeitsch. f. exp. Pathol. u. Ther. Nr. 2. S. 252, 1905.
6. *Posner*. Berl. Klin. Woch. Nr. 52. S. 1107, 1915.
7. *Frish, Pauli, Valko*. Bioch. Zeitschr. 164, 401, 1925.
8. *Risser u. Neuschloss*. Arch. für exp. Pathol. 94, 190, 1922.
9. *Nagy*. Bioch. Zeitschr. 89, 329, 1918.
10. *Meier*. Bioch. Zeitsch. 133, 67, 1922.
11. *Aschoff*. Verl. über Pathol. gehalt in Japan, 1925.
12. *Ruszniak*. Bioch. Zeitschr. 133, 359, 1922.
13. *Petichachter*. Wien. Arch. f. inn. Med. 8, 369, 1924.
14. *Schade*. Physikalische Chemie. Leipzig, 1920.
15. *Beck*. Fizjologja. Lwów, 1922.
16. *Parnas*. Chemija fizjologiczna. Lwów, 1920.

Podał lekarz kolonijny Dr. med. Z. SEGAŁ.

CHLOROFIL JAKO LEK KRWIOTWÓRCZY.

W zaraniu powstania wiedzy lekarskiej, jako leki były używane prawie wyłącznie rośliny i zioła. Używano korzeni, liści, kwiatów i kory i z nich przygotowywano lekarstwa. W miarę rozwoju medycyny, wiele roślin zostało usuniętych z użycia, w najlepszym wypadku pozostały one tylko w postaci leków ludowych, których działanie było często bardzo wątpliwe. Z biegiem czasu naturalne leki zostały zastąpione przez preparaty farmaceutyczno-chemiczne.

W dobie obecnej daje się zaobserwować w lecznictwie, jako reakcja przeciwko przewadze sztucznych preparatów leczniczych, pewien, rzekłbym, powrót do naturalnych leków przyrody, w pierwszym rzędzie do roślin i ziół, i zastosowanie ich do celów terapeutycznych w stanie surowym, lub w takiej przeróbce chemicznej, gdzie laboratorjum nie zmienia składu chemicznego leków, zawartych w roślinach, lecz daje nam tylko ich skondensowany wyciąg.

Do leków takich, mających wybitne działanie krwiotwórcze, należy chlorofil — zielony barwik roślin.

Skład chemiczny chlorofilu zarówno jak barwika krwi hemoglobiny był nieznany do końca XIX wieku. Zasługa rozwiązania tego zagadnienia należy się polskim uczonym Nenckiemu i Marchlewskiemu, którzy stwierdzili pokrewieństwo chemiczne chlorofilu i hemoglobiny. Znaczenie chlorofilu dla tych roślin polega na tem, że asymilacja t. j. tworzenie ciał organicznych z nieorganicznych (węglowodanów i wody) odbywa się w roślinie w ziarnkach chlorofilowych pod wpływem promieni słońca. Pierwszym zaś widocznym produktem asymilacji jest skrobia, która odkłada się w chlorofilu w postaci maleńkich kłaczków.

Już od czasów Nenckiego wielu lekarzy i chemików wypowiadało zdanie, że zwierzęta wszystkożerne i trawożerne budują hemoglobinę krwi swojej z pokarmów roślinnych, a mianowicie z chlorofilu. Poglądy uczonych na znaczenie chlorofilu powstały dzięki faktom z codziennego życia. Spostrzeżono również, że osoby anemiczne bardzo chętnie spożywają znaczne ilości sałat i niedojrzałych zielonych owoców. Również w okolicach, gdzie grasuje malarja, ludność ma wielkie upodobanie do zielonych owoców i pokarmów, przyczem u znacznej ilości chorych, dotkniętych anemją dostrzeżono wybitną poprawę po długotrwałem spożywaniu zielonych potraw.

Te spostrzeżenia z życia nasunęły lekarzom myśl budowania sanatorjów, w których podawano chorym na anemję w wielkiej ilości zielone, świeże pokarmy.

Były to jednak przypuszczenia, nieoparte na żadnych przesłankach naukowych.

Dopiero szwajcarski farmakolog, prof. Uniwersytetu w Bernie Dr. Emil Bürgi przeprowadził szereg doświadczeń na królikach, które wykazały, że chlorofil jesh nieocenionym środkiem krwiotwórczym. Otóż prof. Bürgi wywołał u królików anemję sztuczną przez upusty krwi z żyły usznej. Zwierzęta doświadczalne prof. Bürgi dzielił na 4 kategorje:

I służyła do kontroli i nie otrzymywała leków,

II otrzymywała żelazo nieorganiczne,

III otrzymywała chlorofil,

IV otrzymywała chlorofil + żelazo.

Ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny była codziennie kontrolowana.

Doświadczenia wykazały, że w I grupie skład krwi wracał do normy (t. j. normalnej ilości hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi) po 5—8 tygodniach; II i III grupy — po 3 tygodniach; IV — po 1 — 2 tygodniach.

Badania te dowiodły ,że chlorofil w połączeniu z żelazem powoduje u zwierząt anemicznych szybkie zwiększenie się ilości czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny. Stosując następnie chlorofil z żelazem u chorych na blednicę prof. Bürgi otrzymał piękne rezultaty w postaci szybkiego wyzdrowienia w ciągu 2 — 3 maximum 4 tygodni. Co się tyczy terapji chlorofilowej, to należy wziąć pod uwagę, że chlorofil znajduje się w roślinie w ciałkach chlorofilowych, które są zamknięte w komórkach o ścianach błonikowych. Wobec tego, że przewód pokarmowy człowieka nie trawi błonnika (cellulozy), wskazanem jest stosowanie czystego chlorofilu z roślin nietrujących, otrzymanego w postaci wyciągu przy pomocy nietrujących rozpuszczalników.

Biorąc pod uwagę tak dodatnie krwiotwórcze działanie chlorofilu, zastosowaliśmy ten środek wyrobu firmy Mag. Jana Gessnera w Warszawie na kolonji letniej prowadzonej przez Centr. Org. Opieki nad dziećmi żyd. latem 1930 r. Kolonja ta znajdowała się w Michalinie pod Warszawą w ładnej, suchej i zdrowej miejscowości. Działanie czystego leśnego powietrza, rzecz zrozumiała, wywiera również wielce dodatni wpływ na wątłe, anemiczne dzieci, to też przy ocenie działania chlorofilu na słabe dzieci na kolonji należy tę okoliczność w wysokim stopniu uwzględnić.

Chlorofil pobierało na kolonji 16 dzieci. Wszystkie dzieci przybrały na wadze, stan krwi (ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi) wrócił u większości dzieci po skończonej 4 tyg. kuracji do normy.

Wygląd dzieci wybitnie poprawił się, cera nabrała barw zdrowia, gruczoły u większości zmniejszyły się. Patrz zał. tabl. Nr. I.

Na kolonji stosowaliśmy również ,.Jecorol“ firmy Mag. A. Bukowskiego dla dzieci o stanie krwi prawie normalnym, lecz ze znaczniejszym powiększeniem gruczołów. Preparat ten przyjmowało 10 dzieci. Pod wpływem podawania „Jecorolu“ (w ciągu 4 tygodni) obraz krwi nie uległ znaczniejszym zmianom (patrz tablicę Nr. II), natomiast wystąpiła u dzieci wybitna poprawa ogólna, a zwłaszcza korzystnie uwydatnił się wpływ „Jecorolu“ na zmniejszenie się powiększonych gruczołów, na poprawę wagi i łaknienia.

Tablica Nr. 1.

Krwiotwórcze działanie chlorofilu na dzieci anemiczne.

Kuracja trwała 4 tygodnie na kolonji letniej.

L. p.	Pierwsza litera nazwiska i im.	Hemoglobina			Czerwone ciałka krwi			Waga w kg.			Gruczoły	Ogólny stan
		przed kuracją	po kuracji	przybyło + ubyło —	przed kuracją	po kuracji	przybyło + ubyło —	przed	po	przybyło + ubyło —		
1	T. M.	65	72	+ 7	4.500.000	6 200.000	+1.700.000	31,0	33,0	+2,0	mniejsze	poprawa
2	B. R.	70	75	+ 5	4 200.000	6.000.000	+1.800.000	31,5	35,0	+3,5	„	„
3	B. D.	63	68	+ 5	4.000.000	4.900 000	+ 900.000	25,0	26,0	+1,0	„	„
4	T. J.	62	70	+ 8	4.100 000	5.200.000	+1.100.000	30,0	32,5	+2,5	„	„
5	L. H.	57	61	+ 4	3.200.000	4.900.000	+1.700.000	28,5	29,5	+1,0	bez zmian	„
6	R. E.	57	62	+ 5	4.400.000	4.500 000	+ 100.000	27,0	29,0	+2,0	mniejsze	„
7	W. Z.	60	70	+10	4.100.000	4.900 000	+ 800.000	31,0	32,5	+1,5	„	„
8	SZ. SZ.	65	75	+10	4.200 000	5.100.000	+ 900.000	31,0	33,0	+2,0	„	„
9	G. Ł.	60	70	+10	4.230.000	6.500.000	+2.200.000	30,5	32,5	+2,0	„	„
10	L. C.	60	69	+ 9	3 100.000	5.100.000	+2.000.0 0	30,5	33,5	+3,0	„	„
11	Ł. M.	65	65	0	4.300.000	4.500 000	+ 200.000	30,0	32,5	+2,0	bez zmian	„
12	K. J.	68	72	+ 4	3 700 000	5.020.000	+1.320.000	33,0	35,0	+3,0	mniejsze	„
13	Ch. A.	65	65	0	4.300 000	4.200.000	— 100. 00	25,5	28,0	+2,5	bez zmian	bez zmian
14	K. SZ.	70	71	+ 1	4.000.000	4.500.000	+ 500.000	24,0	26,0	+2,0	„	poprawa
15	H. J.	72	66	÷ 6	4.0 0.000	4.900 000	+ 900.000	27,0	28.5	+1,5	mniejsze	„
16	L. A.	74	80	+ 6	5 500.000	5.700.000	+ 200.000	31,0	33,0	+2,0	„	„

Tablica Nr. II.

Wpływ Jecorolu na wątłe dzieci (na kolonji letniej w r. 1930).

L. p.	Pierwsze litery nazwiska i im.	Hemoglobina			Czerwone ciałka krwi			Waga w kg.			Gruczoły	Ogólny stan
		przed kuracji	po kuracji	przybyło + ubyło —	przed kuracji	po kuracji	przybyło + ubyło —	przed kuracji	po kuracji	przybyło + ubyło —		
1	K. Ch.	70	72	+2	4.500.000	4.500.000	0	30,0	32,0	+2,0	mniejsze	poprawa
2	R. Ch.	66	69	+3	4.500.000	5.070.000	+570.000	38,5	41,0	+2,5	„	„
3	B. Ch.	70	72	+2	4.500.000	4.500.000	0	23,5	25,5	+2,0	bez zmian	„
4	H. J.	70	73	+3	5.100.000	5.000.000	—100.000	23,0	24,5	+1,5	mniejsze	„
5	K. M.	65	66	+1	4.600.000	4.500.000	—100 000	30,0	31,0	+1,0	„	„
6	W. A.	75	75	0	5.000.000	5 600.000	+600.000	48,0	52,0	+4,0	„	„
7	Z. A.	82	82	0	5.500.000	5.600.000	+700.000	32,0	33,5	+1,5	„	„
8	R. M.	78	78	0	5.200.000	5.800.000	+600.000	28,0	30,5	+2,5	„	„

N. B. 1. Dwoje dzieci nie weszło do niniejszego wykazu z powodu tego, że nieregularnie pobierały Jecorol i jednocześnie przechodziły anginę z nawrotami.

2. Każde dziecko pobierało Jecorol w ciągu 4 tyg., otrzymując 3× dziennie po deserowej łyżce, ogółem wybrało w przeciągą tego czasu 5 butelek.

Lekarz kolonijny

Dr. med. Z. Segał.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE.

D. A. ROSNER.

PERKAINA I JEJ ZASTOSOWANIE W PRAKTYCE.

Perkainą interesują się obecnie chirurdzy, laryngolodzy i t. d. Jest to przetwór syntetyczny, pochodny chinoliny, nic nie mający wspólnego z dotąd używanemi alkaloidami i ich pochodnemi, jak kokaina, nowokaina, tutokaina i t. d.

Perkaina, wzgl. wodan. chlorowodan dwuetyletyleno-dwuamidu kwasu alfa-butyloksycynchoninowego łatwo się rozpuszcza w wodzie i alkoholu. Perkaina rozpuszcza się też w olejach tłustych. Roztwory perkainy nie znoszą alkalji, nawet dwuwęglanów alkalicznych. Nawet szkło, oddzielające alkalja powoduje mętnienie roztworów i dlatego nie należy stosować roztworów w rozczynie fizjologicznym z dwuwęglanem sodowym lub z dodatkiem soli kuchennej niedostatecznie czystej. Należy przygotowywać i przechowywać takie roztwory w najlepszem szkle. Zmętniałe roztwory, wskutek oddzielania alkalji od szkła lub wskutek użycia wody zwyczajnej zamiast przekroplonej łatwo poprawić, dodając minimalne ilości kwasu solnego rozcieńczonego. Nadmierny dodatek kwasu, podług spostrzeżeń prof. Manningera z Budapesztu, powodować może powstawanie martwin w miejscach zastrzyków tak samo, jak to bywa czasami po roztworach nowokainy i t. d.

Działanie znieczulające następuje nadzwyczaj prędko i wyróżnia się wyjątkową długotrwałością, dochodzącą w niektórych przypadkach na-

wet do 20 godzin. Po ustąpieniu znieczulenia pozostaje jeszcze przez czas dłuższy pewne przytępienie wrażliwości miejscowej. Szczegół ten nie daje się dostatecznie ocenić ze względu na niepowstawanie bólów pooperacyjnych, gdyż w czasie działania perkainy organizm operowany przystosowywa się poniekąd do nowych warunków bez zwykłego podawania środków narkotycznych.

Takie długotrwałe działanie omawianego środka niektórzy autorowie tłomaczą alkalicznością osocza i tkanek, w których następuje wytrącanie nierozpuszczalnej zasady, a wskutek tego zwalnia się znacznie wchłanianie perkainy.

Środek ten używa się pod postacią nadzwyczaj słabych roztworów Już roztwory 1 : 1000, a nawet 1 : 2000 perkainy wystarczają do osiągnięcia dostatecznego i trwałego znieczulenia. Najwyższe stężenie roztworów stanowi podług wielu autorów 0,75%. Z tego wynika wielka zaleta znacznie mniejszej toksyczności, aniżeli przy zabiegach pod kokainą i inn. dotychczasowemi środkami do miejscowego znieczulania, a przytem perkaina, nie będąc narkotykiem, nie powoduje powstawania u chorych narkomanji, czyli nawykania, prowadzącego do nałogu.

Perkaina jest jednocześnie lekiem bakterjobójczym i obecnie z inicjatywy Doc, Loessela w Debrecenie odbywają się próby stosowania roztworów niewyjałowianych. Sama sterylizacja nie stanowi trudności, gdyż roztwory perkainy można wyjaławiać przez gotowanie.

Wobec powyższego, cena perkainy, nie wchodzi w rachubę, gdyż wynosi zaledwie kilka lub kilkanaście groszy na zabieg do znieczulenia miejscowego. Nieco drożej kosztuje posiłkowanie się gotowemi ampułkami. W handlu znajduje się perkaina pod postacią proszku, tabletek po 0,1 oraz tabletek po 0,05 z adrenaliną „Ciba“, a także w formie gotowych do użycia ampułek z roztworami po 1 : 1000 oraz 2 : 1000.

Z rozmaitych sposobów znieczulania wypada zwrócić uwagę na znieczulanie nasiękowe podług Schleicha, znieczulanie przewodnicze podług Obersta, znieczulanie krzyżowe, przykrzyżowe, lędźwiowe, szczególnie zaś na znieczulanie powierzchni i błon śluzowych. Cenne usługi daje perkaina w urologji dla znieczulania cewki i pęcherza, w otolaryngologji, dentystyce i okulistyce, gdzie przeważnie wchodzi w rachubę dotykanie wacikami lub pendzlowanie 1 — 1½ — 2% roztworem perkainy, ewt. z niewielkim dodatkiem adrenaliny „Ciba“ (2 — 4 kropli na każdy ccm.). Płukania, okłady na oparzeliny z 0,25 — 0,5 pro mille perkainy, dla rozmiękczania opatrunków, przylegających do obszernych ran operacyjnych.

Z nadzwyczaj licznych publikacyj należy w zakończeniu przytoczyć kilka przepisów, zaczerpniętych z praktyki:

Rp. Percaini hydrochl. 0,025 — 0,05.
Aquae destill. 100,0.
M D S do płukania lub dla wilgotnych okładów
(na rozległe rany, wypryski, oparzeliny i t. d.).

Rp. Percaini hydrochl. „Ciba“ 0,01.
Olei Cacao 2,5.
Mf. suppos. d. t. d. X
S. Podług wskazówek (na krwawnice).

Rp. Percaini hydrochlor. „Ciba“ 0,3.
Acidi salicylici 1,5.
Vaselini ad 30,0.
M. f. ungu. D S Zewnętrznie.
(Rozmiękczanie strupów i przy zmianie opatrunków).

Rp. Percaini hydrochl. „Ciba“ 0,5.
Adrenalini hydrochl. „Ciba“ sol. 1 : 1000 2,0 — 4,0.
Aquae destillatae ad 25,0.
M. f. solutio. D. S. Zewnętrznie.
Dla pendzlowań, dotykania wacikami lub rozpylania).

Rp. Percaini hydrochl. „Ciba“ 0,25.
Phenoli liquefacti 0,125.
Adrenalini hydrochl. sol 1 : 100 „Ciba“ 2,0 — 4,0.
Aquae destillatae ad 25,0.
M. f. solutio D S. Do użytku jak powyżej.

Rp. Percaini hydrochlor. „Ciba“ 0,1.
Aquae Menthae pip. 150,0
M. f. solutio. D S 2 — 3 razy dziennie po łyżce stołowej.
(W niepowściągliwych wymiotach podczas ciąży).

Rp. Percaini hydrochlor. „Ciba“ 0,1.
Acidi salicylici 0,4.
Aquae destillatae ad 200,0.
M. f. solutio. D S. Do płukania.
(W bólu gardła).

Rp. Percaini hydrochlor. „Ciba“ 0,3.
Extr. Hamamelidis Virgin. 3,0.
Lanolini ad 30,0.
M. f. unguent. D. S. Maść do krwawnic (hemoroidów).

Rp. Percaini hydrochlor. „Ciba“ 0,1.
Resorcini
Pyrogalloli
Talci Veneti.
Gelanthi Unna ana 2,1.

M D S. Do pendzlowań (podług Boeck'a)
(toczeń pospolity).

Rp. Percaini hydrochlorirci „Ciba“ 0,05.
Sol. Natrii chlorati physiolog. 50,0.
M. f. solutio, sterilisa, deinde adde
Sol Adrenalini „Ciba“ gtt. X.
D S. Do rąk lekarza.
(Dla znieczulenia przewodniczego podług Obersta).
(Dawka 6 — 30 ccm.).

Rp. Percaini hydrochlor. „Ciba“ 0,1 — 0,015.
Aquae destillatae 100,0.
Sol. Adrenalini „Ciba“ gtt. XV.
M D S. Do rąk lekarza.
(Znieczulenie cewki i pęcherza).

Rp. Percaini hydrochlor. „Ciba“ 0,5.
Hydrarg. oxycyanati 0,1.
Tragacanthae 1,5.
Glycerini 10,0.
Aquae destill. 50,0.
Mf. solutio. D S. (Dla wprowadzania cewnika).

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

ED. ATHON. *Niedomoga lewej komory serca i jej leczenie.* (Journal des practiciens, 1930, Nr. 15).

Nie wnikając w przyczynę powstawania niedomogi lewej komory sercowej, autor podaje, że w wielu przypadkach korzystnie działa coramina, która często nawet jest niezbędną, ponieważ inne leki sercowe nie działają, lub źle bywają znoszone.

Pierwszy z opisywanych przez niego przypadków tyczy się obrzęku płuc, w którym lekarzowi przedewszystkiem na myśl przychodzi upust krwi. Zabieg ten jednak działa tylko mechanicznie, przynosząc ulgę choremu, a zatem należy przyjść z pomocą mięśniowi sercowemu, aby przywrócić utraconą równowagę. Naparstnicę zupełnie należy wyłączyć, gdyż działanie jej pojawia się dopiero po upływie 24 godzin. Coramina w takim przypadku jest najlepszym środkiem.

Drugi przypadek tyczy się tętna bliźniaczego, będącego również pewną postacią niedomogi i tutaj coramina jest na miejscu.

W leczeniu pewnych postaci niedomogi lewej komory serca za pomocą naparstnicy, należy baczyć, aby nie nastąpiło kumulowanie naparstnicy.

Nadto, w razie powtórzenia się niedomogi, unikać należy naparstnicy. Jednym, najczęściej stosowanym sposobem podawania naparstnicy jest:

5 dni naparstnica, 5 dni coramina naprzemian. Żadna z namiastek kamfory nie może zastąpić coraminy, która działa szybko i zawsze dobrze bywa znoszona.

Jest ona płynem wodnistym, łatwo się wchłania i nie powoduje miejscowego podrażnienia, a podana do wewnątrz działa równie pewnie jak pod postacią zastrzyków. Autor daje zwykle po 30 kropli dziennie w ciągu 10 dni, lub też wstrzykuje podskórnie po 2 ampułki na dobę. Dawki te przeważnie wystarczają, w razie potrzeby mogą jednak być zwiększane do 70 — 80 kropli lub 4 — 5 ampułek w ciągu doby.

———o———

B. ROTTENBERG, D. D. S. *Cibalgina przed i po zabiegach dentystycznych.* (The dental Outlook. 1929. Nr. 5).

Autor próbował dla łagodzenia bólów bardzo wiele leków i w koń-

cu znalazł, że działanie Cibalginy stale było do tego stopnia zadawalniające, że zaliczył ją do szeregu środków, któremi posiłkuje się stale.

Stosuje on Cibalginę i stosowanie jej uważa za wskazane w następujących przypadkach:

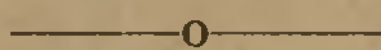
1) Pooperacyjne bóle urazowe,
2) Wysuszanie jamy zębowej,
3) Angina Vincenti,
4) Neuralgja nerwu trójdzielnego,
5) Sinusitis maxillaris,
6) Przygotowanie do operacji wrażliwych chorych,
7) Przed usuwaniem kamienia zębowego u bardzo wrażliwych.
8) Przed wierceniem dla rozszerzenia wydrążeń.

Przykład: Zgłasza się chory z klinowatym trzecim zębem trzonowym i zakażeniem okołokoronowem. Chory już od trzech dni i nocy nie spał. Silne bóle, nerwowość w wysokim stopniu. 2 tabletki Cibalginy na pół godziny przed operacją pozwalają na prawie niebolesny zabieg bez zwykłego stanu podniecenia.

Zalecono choremu przyjąć 2 tabletki Cibalginy na godzinę przed zabiegiem, w razie potrzeby jeszcze trzecią. Przyjął an 2 tabletki, jak mu polecono; chory pomimo znośnych bóli zasnął. Nazajutrz powrócił on dla dalszego leczenia, czuł się dobrze, ponieważ sen go w silnym stopniu orzeźwił. Nie użalał się on na wpływy następcze, tak jak to zwykle ma miejsce po podawaniu leków przeciwbólowych.

Cibalginę podaje się dorosłym po 1 — 2 tabletek co 3 — 4 godziny, dzieciom wystarcza po 1/4 tabletki na każde 4 lata wieku. W żadnym przypadku autor nie zauważył jakichbądź niepożądanych objawów nawet tam, gdzie chorzy przyjmowali więcej aniżeli należało.

Cibalgina jest znakomitym, pewnie działającym i nieszkodliwym środkiem przeciwbólowym i uspokajającym. Może ona być podawana przed operacjami nerwowym opornym pacjentom dla ukojenia bólów pooperacyjnych i w odontologji.



RIED. *Wpływ ciał naświetlanych na gojenie się niektórych ran.* (Wien. klin. Woch. Nr. 29 — 1930).

Autor stosował naświetlane substancje używane do opatrunków, jak maści, czopki, tran w wielu przypadkach wrzodów na tle żylaków, oparzeń, opaleń. Po kilku takich zabiegach stwierdził zmniejszenie się objawów zapalnych, mniejszą ilość wydzieliny, przez co rana wysuszała się, i pokrywanie się ran naskórkiem. Podobne wyniki uzyskane zostały w przebiegu zgorzeli starczej, ropowicy, róży i t. p. przypadków.

———o———

RIDDLEE i STURGIS. *Wpływ dużej dawki wątroby na niedokrwistość złośliwą.* (The Am. Journ. of. med. Sc. T. CLXXX Nr. 1 — 1930).

Zgodnie z poglądem Minot, że poprawa przy leczeniu n. z. wątrobą zależy nietyle od czasu prowadzonego leczenia ile od ilości podanej wątroby, autorzy podali czterem chorym jednorazowo po 30 ampułek wyciągu, które odpowiadały 3 kg. świeżej wątroby. Efekt tego był ten sam co w innych przypadkach, gdzie podawano przez 10 dni po 3 ampułki. Z prób tych wynika, że ciało czynne przy leczeniu wątrobą działa przez czas dłuższy, gdyż organizm nie zużywa odrazu całej ilości podanej substancji leczniczej. Obraz krwi zmieniał się również odpowiednio do dawkowania frakcjonowanego. Odczyn retikulocytarny zjawił się może nieco wcześniej, już po 48 godz., szczyt jego wystąpił po przeszło 100 godz., kończył się po 240 godz. Wpływ podanej wątroby na czynność szpiku zaznacza się zjawieniem się dużej ilości hematoblastów, myelocytów i myeloblastów.

———o———

MANN. *Leczenie ropnego zapalenia opon mózgowych.* (D. med. Woch. Nr. 31 — 1930).

M. proponuje leczenie meningitis purulenta zapomocą przepłukiwania przestrzeni podpajęczynówkowych roztworem soli fizjologicznej, metodą systematycznych punkcji subokcipitalnych. Płyn, otrzymywany przy punkcji wysokiej, zawiera więcej ropy niż przy punkcji lędźwiowej, nawet w przypadkach zapaleń nieropnych.

Autor uzyskał wyleczenie w 3 przypadkach, stosując swoją metodę. Pozatem zauważył, że w okresie cofania się zapalenia ropnego w płynie tworzy się siateczka włóknikowa uważana za typową dla bakteryjnego zapalenia opon. Skrzepy te tworzą się po 2 do 4 godz. i są bardziej masywne, niż widywane na tle gruźliczem.

———o———

LANGE. *Rozpoznanie i leczenie początkowego okresu poliomyelitis epidemica.* (Münch. med. Woch. Nr. Nr. 33 i 34 — 1930).

Czynnikiem, wywołującym p. e. jest zarazek, wykryty przez Flex-

nera i Noguchi. Okres wylęgania trwa 7 — 14 dni, ale może wynosić 2 — 30. Pierwsze objawy zakażenia zjawiają się w jamie nosowo-gardzielowej, przez którą zarazek dostaje się do organizmu. W innych przypadkach choroba zaczyna się od wymiotów, biegunki lub zaparcia. Gorączka w tym okresie dochodzi do 38 — 39 stopni, przyśpieszenie tętna jest stosunkowo nieco większe.

Ważne znaczenie rozpoznawcze przypisuje L. ruchowemu pobudzeniu chorych, nadwrażliwości, potom, szklanemu wyrazowi oczu z obrzękiem powiek. Djagnostycznie ważny jest ból, występujący przy najmniejszym ruchu kręgosłupa (Draper).

Profilaktyka tego cierpienia ogranicza się do dezynfekcji, izolacji chorych, co jednak nie wystarczy, gdyż choroba może być przeniesiona przez zdrowych nosicieli zarazka. Indywidualnie konieczna jest dezynfekcja jamy nosowo-gardzielowej; należy unikać kataru. Dobry jest zabieg Biera, polegający na wkropleniu do nosa kilku kropel roztworu Lugola. O ile w szkole zaszło kilka zachorowań na p. e., należy szkołę zamknąć. Izolacja chorych powinna trwać 6 tygodni.

Radykalnego leczenia niestety jeszcze niema. Stosuje się surowicę ozdrowieńców, urotropinę z adrenaliną, metody fizykalne i ortopedyczne z wynikiem bardzo różnym.

———o———

CHABANIER, LOBO-ONELL i LELU. *Wyniki leczenia ciężkich postaci cukrzycy zawiesiną oleistą insuliny.* (Pr. Med. Nr. 13 — 1931).

Czas działania insuliny w roztworze wodnym jest względnie krótki, wynosi 6 do 8 godzin. O ile wstrzykiwać ją bez przerwy nocnej pozostają jeszcze mniej lub więcej krótkotrwałe okresy jej braku. Nasuwa się więc konieczność podawania insuliny w takiej postaci, która zapewniałaby powolne i równomierne jej zużycie, jaknajbardziej zbliżone do fizjologicznego. Z prób wypełnienia powyższej luki najskuteczniejszą okazała się zawiesina Bernhardta i Straucha: roztwór wodny insuliny 10,0; oliwa 2,5; metacholesteryna 0,2; Myricina 0,3. Po szeregu prób uzyskali autorzy wygodniejszą w użyciu zawiesinę, w skład której wchodzi: oliwa 1,0; Myricina 0,14 — 0,16; metacholesteryna 0,08; insulina w proszku w ilości odpowiadającej 100 jednostkom. Mieszanina ta upłynnia się szybko w tem-

peraturze ciała i może być wstrzykiwana. Wsysanie się pod tą postacią wstrzykniętej insuliny jest bardzo powolne, trwa 24 — 48, a nawet więcej godzin, jest równomierne. Nie widać również ujemnego wpływu zawiesiny na tkanki, do których została wstrzyknięta. Z 8-miu przypadków ciężkiej cukrzycy, w których autorzy stosowali omawianą zawiesinę, wynika, że tam, gdzie insuliną wodną staramy się osłabić tylko obostrzenie w przebiegu cukrzycy, t. j. zredukować nieco glikemję, cukromocz i acetonurję — tam zawiesina insulinowa redukuje wszystkie objawy prawie do zera. Naogół poprawę uzyskuje się dawkami dziennemi, o wiele mniejszemi niż insuliny wodnej, przyczem poprawa jest o wiele lepsza. Wynika to z ciągłości działania powoli resorbującej się insuliny. Insulina jest więc wyzyskana całkowicie i dawki mniejsze dają efekt większy. Zawiesina jest znoszona przez chorych dobrze, co również tłumaczy się powolnem działaniem zawartego w niej hormonu.

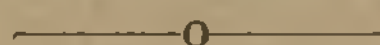
Autorzy nie zarzucają zupełnie wodnego roztworu insuliny, przeciwnie, zawiesinę uważają za wskazaną tylko w przypadkach, gdy się jest zmuszonym do powstrzymania niepomyślnego rozwoju cukrzycy, mimo stosowania insuliny wodnistej. Więc: o ile, pomimo ustąpienia cukromoczu, utrzymuje się wysoki poziom cukru we krwi; jeżeli po usunięciu acetonurji cukromocz i hiperglikemja trwają; wreszcie, jeżeli, pomimo stosowania insuliny wodnistej, acetonurja, cukromocz i hiperglikemja utrzymują się lub nawet postępują naprzód. Leczenie polega na odpowiednim doborze ilości insuliny i rozkładzie węglowodanów w djecie dziennej. Czasami udaje się to z łatwością, w innych przypadkach w niektórych godzinach zjawiają się objawy nietolerancji na insulinę. Wtedy należy zredukować ilość insuliny, lub przestawić dawki węglowodanów. Autorzy wogóle rozkładają węglowodany na dawki częste a małe, uwzględniając przytem, że najwyższe działanie zawiesiny insulinowej, wstrzykniętej o godzinie 9-ej rano, przypada między 12 a 19 godz. W ten sposób 80 gr. węglowodanów podzielone są następująco: g. 9 — 5 gr., g. 12 — 20 gr., g. 14.30 — 5 gr., g. 16 — 10 gr., g. 17 — 5 gr., g. 18 — 5 gr., g. 19.30 — 25 gr., g. 20 — 5 gr. Ilość insuliny, od której rozpoczyna się leczenie, wynosi $^2/_3$ ilości jednostek insuliny wodnistej, tolerowanej dotychczas. Jednocześnie określa się codziennie cukier krwi, ilość wydalonego cukru i ciała acetonowe. Obserwacje wykazują, że objawy cukrzycy cofają się stopniowo i regularnie, bez żadnej nietolerancji na insulinę. W tym przypadku utrzymuje się nadal dawkę i djetę, aż cechy cukrzycy ustąpią zupełnie. Wtedy dawkę insuliny zmniejsza się codziennie i stopniowo. O ile poprawa utrzymuje się, autorzy próbują wstrzykiwać insulinę co 2 — 3 dzień w dawce nieco wyższej, redukując jednocześnie ilość węglowodanów w dni bezinsulinowe o 30 — 50%.

Może się zdarzyć, że po rozpoczęciu leczenia zawiesiną insuliny obja.

wy cukrzycy po pewnem cofnięciu się utrzymują się nadal na nowym poziomie, np., poziom cukru wrócił do normy, ale cukromocz trwa. W takim razie należy uwzględnić porę, kiedy cukier zjawia się w moczu i przesunąć węglowodany na porę bez cukromoczu.

Początkowa dawka insuliny i djeta okazać się mogą niewystarczające. Jest to wskazanie do podwyższenia ilości insuliny lub zmiany djety, ewentualnie zredukowania ilości węglowodanów.

Jak z powyższego wynika, konieczna jest skrupulatna obserwacja chorego w ciągu całej doby, aby w ten sposób uchwycić czas większego cukromoczu, wzgl. nieznoszenia insuliny i przestawić odpowiednio djetę. Naturalnie pacjent musi się skrupulatnie trzymać wskazówek, gdyż, jak widzimy, opóźnienie kilkunastominutowe nawet może wywołać z jednej strony cukromocz z drugiej — objawy hipoglikemiczne.



HAUDUROY. *Leczenie bakterjofagami.* (Pr. Med. Nr. 10 — 1931).

Autor podkreśla na samym wstępie, że głównym warunkiem skutecznego leczenia powyższą metodą jest dobre przygotowanie bakterjofagu. Błędne jest mniemanie, że bakterjofag jest łatwy do uzyskania i możliwy w każdej pracowni bakterjologicznej. Dobre przygotowanie b-gu możliwe jest w specjalnych warunkach przez szczególnie uświadomionych pracowników, gdyż błędy w przygotowaniu grożą chorym śmiercią. Niebezpieczeństwo to wynika z hodowli, które wtórnie wyrastają z postaci przesączalnych po przesączeniu. Przewidzieć zjawienie się tych kultur i przeszkodzenie ich zjawieniu się jest b. trudne. Z tego względu kontrola b-gu musi być bardzo skrupulatna, długotrwała i wymaga nietylko znajomości metody ile doświadczenia. Produkt wart jest tyle, co jego wytwórca.

Drugim warunkiem jest, że b-g musi być swoisty i powinien niszczyć bakterję w danym przypadku chorobotwórczą, tylko wtedy zastosowanie b-gu ma rację bytu i jest celowe. Najtrudniejsze w tem jest uchwycenie istotnego zarazka, gdyż b-g użyty z bakterji towarzyszącej okaże się bezskutecznym. Najlepszą metodą jest leczenie autobakterjofagiem.

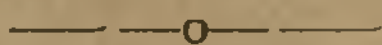
Jak dotąd, mimo licznych mniej lub więcej udanych prób, b-g daje się z pewnym skutkiem przeciw chorobom, wywołanym przez stafyloenterokoki i bakterje okrężnicy. B-g wstrzykuje się podskórnie 3 — 4 razy co 24 godzin po 2 — 3 ccm. Wstrzykiwania znoszone są dobrze, czasami tylko wywołują odczyny miejscowe, znikające po kilku godzinach. Wstrzykuje się w większej odległości od ogniska zakażenia. Pozatem b-g może być użyty w postaci okładu, doustnie, do pęcherza, to jednak nie wystarczy i injekcje są przytem również konieczne. Nie należy wstrzykiwać go dożylnie.

Do zakażeń, leczących się b-giem należą powierzchowne i głębokie zakażenia gronkowcami: czyrakowatość, anthrax, ropień, zapalenia skóry. Nie poddaje się tej metodzie ogólne zakażenie gronkowcami. Wyzdrowienie w przypadkach odpowiednich następuje szybko, w ciągu 2 — 3 dni. Np. ropa staje się bardziej rzadka, wydziela się z łatwością. Ogniska w okresie rozwoju cofają się. O ile 10 dni od rozpoczęcia leczenia ropienie nie ustało, leczenie należy uważać za chybione. Stosuje się tu prawo: wszystko lub nic.

Na 106 zakażeń gronkowcami autor miał 76% wyleczeń i 24% wyników ujemnych. Podobnie Lachum podaje 78% dobrych wyników. Brak poprawy po b-gu niezawsze daje się wytłumaczyć. Czasami odgrywa tu rolę pewna wrażliwość organizmu.

Znaczna ilość bakterji okrężnicy opiera się leczeniu b-giem. Poddają się leczeniu tylko przypadki o czystej infekcji coli. Leczenie nie da wyników, o ile współistnieje uszkodzenie anatomiczne nerki, miedniczki lub moczowodu, podtrzymujące ropienie. Taksamo oporne są przypadki chorych z źle funkcjonującemi jelitami, ze śladami duru, czerwonki, zakażenia pasorzytami, o ile za banalną infekcją b. coli kryje się sprawa gruźlicza.

Próby leczenia duru brzusznego dały wyniki przeciętne. Poprawy były przejściowe, bez nagłego spadku ciepłoty lub wyzdrowienia. To samo potwierdzone zostało przez szereg innych autorów.



SCHLEIPEN. *O Cardiazolu w chirurgji.* (Münch. med. Woch. Nr. 16 — 1930).

Na podstawie przeszło tysiąca obserwacyj autor stwierdza, że Cardiazol (Knoll) pobudza serce zdekompensowane i niewydolne, usuwa osłabienie serca wywołane niedomogą obwodową i pogłębia oddech. Cardiazol (Knoll) był przez autora stosowany przed operacją dla zmniejszenia skłonności do wstrząsu pooperacyjnego. W okresie pooperacyjnym był dodawany do zwykle stosowanych infuzji. Schleipen uważa, że Cardiazol jest niezbędnem w chirurgji analepticum, posiada tę zaletę, że czynny jest szybko po wstrzyknięciu podskórnem, a częste jego wstrzykiwanie nie powoduje objawów przedawkowania.



SZERMERÓWNA I REICHERT. *O skuteczności działania Cardiazolu.* (Warsz. Czas. Lek. Nr. 25 — 1928).

Na podstawie skrupulatnych badań autorzy dochodzą do wniosku, że Cardiazol (Knoll) nietylko zastępuje kamforę pod względem terapeutycznym, ale ma nad nią tę przewagę, że bardzo szybko się resorbuje, nie

ma przykrego smaku i może być dzięki temu podawany doustnie w tabletkach lub w płynie w przypadkach przewlekłych.

Cardiazol okazał się skutecznym w stanach wyczerpania fizycznego (ćwiczenia sportowe, marsze).

———o———

MESSINA. *O Jod-Calcium-Diuretin (Knoll).* (Pensiero Medico Nr. 21 — 1928).

Jod-Calcium-Diuretin oddał autorowi dobre usługi w wielu przypadkach schorzeń i serca i nerek na tle miażdżycy. Przy współistniejącej niedomodze mięśnia sercowego, kiedy wskazana była naparstnica, Jod-Calcium-Diuretin okazał się bardzo stosowny w połączeniu z Digipuratum (Knoll). Zalety terapeutyczne Jod-Calcium-Diuretin wynikają z pomyślnego zestawienia 3-ch fizjologicznie wysokowartościowych ciał, a mianowicie jodu, wapnia i teobrominy.

———o———

TONNENBERG i ROZENBLAT. *O leczeniu wrzodu podudzia na tle żylaków.* (Warsz. Czas. Lek. Nr. 35, 1930).

Istotnym warunkiem pomyślnego leczenia owrzodzeń goleni jest spokój i czyste utrzymanie rany. Do opatrunków używana była pasta granugenowa (Knoll). Pierwotnie stosowano ciepłe kąpiele i okłady, odpoczynek fizyczny i wysokie ułożenie chorej kończyny. Gdy owrzodzenie przy tem postępowaniu oczyściło się z wydzieliny i nalotów, nakładano opatrunek grubej warstwy pasty granugenowej, kilka warstw jałowej gazy, poczem na całą goleń koncentrycznie uciskający od dołu opatrunek krochmalowy. Opatrunki zmieniano wielokrotnie dla usunięcia wydzieliny, aż owrzodzenie pokrywało się naskórkiem.

———o———

VERONA. *Badania kliniczne nad Jod-Calcium — Diuterin'ą.* (Romània Medicala Nr. 17 — 1930).

Autor stosował Jod-Calcium — Diuretin'ę w wielu przypadkach nadciśnienia, duszności, obrzęków i in. z bardzo dodatniemi wynikami. Poprawa polegała na znacznym spadku ciśnienia i ustępowaniu towarzyszących objawów. Napady dusznicowe stawały się o wiele rzadsze. Godzi się podkreślić, że, mimo stosowania wysokich dawek, nie spostrzegano żadnych objawów nietolerancji lub zatrucia.

———o———

Dr. med. WIKTOR KALECIŃSKI, Sekretarz Komitetu Główn.

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMITETU BUDOWY POMNIKA DLA UCZCZENIA PAMIĘCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ

za czas od 1927 do 1930 r.

Komitet rozpoczął swą pracę z początkiem r. 1927, na podstawie odezwy skierowanej przez Pana Szefa Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., Generała Dr. St. Roupperta, do oficerów Korpusu Sanitarnego — w sprawie uczczenia pamięci wielkiej działalności i poświęcenia Sanitarjatu Polskiego w odzyskaniu bytu i Niepodległości naszej Rzeczypospolitej.

Zawiązał się Komitet tymczasowy, na czele którego stanął twórca idei budowy pomnika ówczesny Komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej — Generał Dr. St. Hubicki; — Komitet ten przeprowadził wstępne prace nad powołaniem do życia wielkiego Komitetu, do którego weszli przedstawiciele wszystkich odłamów Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, jako też przedstawiciele Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniw. Warsz., Nacz. Izby Lek., Kas Chorych, Związków Lekarskich, Towarzystw, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. Komitet Główny na swem inauguracyjnem zebraniu jednomyślnie poparł myśl rzuconą przez Gen. Dr. Hubickiego — by pamięć i zasługi poległych kolegów uczcić, wznosząc pomnik — któryby stanął w Stolicy Odrodzonej Ojczyzny. Komitet sądził równocześnie, że myśl ta powinna doznać poparcia najgorętszego wśród stanu lekarskiego, farmaceutycznego i innych związanych ze Służbą Zdrowia.

Opracowano Statut, odezwę, jak również pierwsze drogi, którymi można było rozpropagować ideę budowy pomnika i uzyskać konieczne fundusze na budowę.

Zgodnie ze Statutem utworzono 11 Okręgowych Komitetów budowy — w miejscach siedzib Szefów Sanitarnych Okręgów Korpusów, — z Szefem Sanitarnym na czele, by w ten sposób uzyskać gotowy aparat administracyjny.

Komitetom Okręgowym oddano do dyspozycji odpowiednie druki i listy składkowe, by na podległym im terenie rozpoczęto zbiórkę koniecznych funduszów wśród wszystkich członków Służby Zdrowia. Komitet Główny zaś zwrócił się do art. rzeźb. laureata Akademji Paryskiej prof. E. Wittiga o wykonanie projektów Pomnika, które artysta przedstawił Komitetowi w kwietniu 1927 r. wybrany projekt powiększony ⅓ naturalnej wielkości, był wystawiony na P. W. K. w Poznaniu w Pałacu Sztuki. W czerwcu 1929 r. Komitet podpisał umowę z prof. Wittigiem na budowę pomnika według zaakceptowanego projektu i podanego kosztorysu pomnika, na posiedzeniu odbytem w kwietniu 1929 roku, w pracowni prof. Wittiga. Kosztorys ustalono na sumę 400,000, złotych, w czem roboty rzeźbiarskie 200.000 zł. — odlew w bronzie 80.00 do 100.000 zł., cokół w granicie 40.000 do 50.000 zł., pozostałą zaś sumę przewidziano na projekty, przystosowanie placu i inne.

Wysokość pomnika — 8 mtr., w tem cokół — 3 mtr. 50 cnt., figury — 4.50 mtr.

Wpływy kasowe: dla ułatwienia gospodarki kasowej Komitet otworzył swoje konto kasowe w P. K. O. Nr. 14.111, przez które przeprowadza wszelkie wpływy i rozchody.

Początkowo przeprowadzono zbiórkę tylko wśród wojskowych Członków Służby Zdrowia w postaci jednorazowego opodatkowania się członków lub ½ % od poborów na pewien określony czas, lub też aż do wybudowania Pomnika; zaś po zorganizowaniu się Komitetów Okręgowych rozpoczęto i zbiórkę wśród cywilnych członków Służby Zdrowia na terenie danego Okręgu Komitetu, za pomocą list składkowych. Akcję tę poparło życzliwie kilka Izb Lekarskich, których zarządy ofiarowały jednorazowo większe kwoty. Żywotność Komitetów Okręgowych nie wszędzie okazała się jednakowa.

Na zebraną sumę 81,465 zł. 34 gr. złożyły się następujące ogólne:

Subwencja Min. Ośw. i W. R.	10.000.—
Cywilna Służba Zdrowia . .	26.362.75
Wojskowa Służba Zdrowia .	45.125.39
%% P. K. O.	18.20

Kwota zebrana wśród cywilnej Sł. Zdrowia pochodzi ze składek z całego terenu Rzeczypospolitej zebranych przez Komitety Okr. i Depart. Sł. Zdrowia M. S. Zdrowia M. S. Wewn., Nacz. Wydz. Zdrowia przy Województwach i Lekarzy powiatowych, z wyjątkiem terenu Okr. Komit. w Łodzi i w Krakowie, gdzie prócz wojsokwych składek cywilnych nie uzyskano.

Suma zaś składek wojskowych rozbita na poszczególne Okręgi przedstawia się następująco:

Centrum Wyszkolenia Sanitarnego (Szpit. Ujazd.) W-wa	18.371.58
Szefostwo Sanitarne:	
O. K. I — Warszawa	5.302.18
O. K. II — Lublin	2,816.67
O. K. III — Grodno	1.807.56
O. K. IV — Łódź	678.—
O. K. V. — Kraków	598.80
O. K. VI — Lwów	2.207.41
O. K. VII — Poznań	4.266.50
O. K. VIII — Toruń	2.026.99
O. K. IX — Brześć n/B.	2,025.81
O. K. X — Przemyśl	2.505.40
Marynarki Wojennej — W-wa	200.89
Korp. Ochr. Pogranicza W-wa	1,245.16
Departament Zdrowia M. S. Wojsk. — Warszawa	1.072.50

Wykazaną subwencję z Min. Ośw. i W. R. Komitet otrzymał w r 1930.

Przez niespełna więc cztery lata pracy Komitet budowy uzyskał przy słabej propagandzie budowy prawie ¼ sumy koniecznej na ukończenie budowy pomnika. Obecnie Komitet zwrócił się z prośbą do Naczelnej Izby Lekarskiej o poparcie akcji Komitetu — drogą apelu ze swego urzędu do wszystkich członków Izb Lekarskich, aby ich członkowie na terenie całej Rzeczypospolitej dobrowolnie opodatkowali się na rzecz budowy pomnika w wysokości 45 zł. płatnych w trzech ratach po 15 zł. rocznie, lub też po 1,25 miesięcznie; Komitet wychodzi bowiem z założenia, że tak niska kwota opodatkowania się, nikogo nadmiernie nie obciąży, a Pomnik stanie własnemi siłami całej Służby Zdrowia. Równocześnie przyrzekł pomoc Komitetowi w tej akcji przez swoich przedstawicieli, a członków Komitetu Głównego, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, którzy oprócz rozesłania do swoich członków list składkowych, celem jednorazowej zbiórki pieniężnej, zwrócili się z apelem o przeprowadzenie wśród członków stałego opodatkowania miesięcznego 1 — 3 złotych od poborów na rzecz budowy Pomnika przez przeciąg 2 — 3 lat.

Ta forma zbiórki drogą stałego opodatkowania się na zgóry określony czas jest najważniejszą dla Komitetu budowy, gdyż pozwala mu unormować przedewszystkiem wykonanie zobowiązań w czasie budowy zaciągniętych wobec art. rzeźb. prof. E. Wittiga, jak również umożliwi Komitetowi normalny tok pracy nad Pomnikiem. Drogą tej formy stałego podatku udało się wśród nielicznej przecież wojskowej Sł. Zdrowia uzyskać dość pokaźną sumę (45.125 zł. 39 gr.) na budowę Pomnika. W ta-

kiej też formie Komitet otrzymuje wpływy od farmaceutów, którzy drogą podniesionej nieznacznie prenumeraty „Wiadomości Farmaceutycznych" opodatkowali się na budowę Pomnika do czasu jego ukończenia. Magister Herod, właściciel drukarni, ofiarował Komitetowi Bud. Pomnika wybicie wszelkich druków do 1000 złotych.

Stan robót rzeźbiarskich nad Pomnikiem posunięty jest już dość daleko. Obecnie jest na wykończeniu pierwsza faza budowy, to znaczy, Pomnik w glinie, w jego naturalnej wielkości. Aby umożliwić ogółowi Sł. Zdrowia zaznajamiania się ze stanem robót nad Pomnikiem, Komitet zwrócił się w grudniu 1930 r. do wszystkich urzędów, instytucyj, związków, towarzystw, związanych ze Sł. Zdrowia, aby w czasie Zjazdów, czy też większych zebrań przewidzieli w swych programach godzinę na zwiedzenie pracowni prof. E. Wittiga (ul. Senatorska w oficynie gmachu Min. Rolnictwa). Ma to też i wielkie znaczenie propagandowe, gdyż każdy z członków Sł. Zdrowia, który raz zobaczy to wspaniałe dzieło sztuki, stanie się jego zwolennikiem i jaknajgorliwszym propagatorem, by jaknajszybciej stanęło na odpowiednim placu w Stolicy. Czas robót potrwa, jeśli wszyscy członkowie Sł. Zdrowia chętnie poprą starania Komitetu o uzyskanie koniecznych funduszów, najdalej 2 — 3 lat.

Jak wspomniano, Pomnik ku czci poległych członków Sł. Zdrowia stanie na otwartym placu w Stolicy. Sprawę wybrania miejsca ustali powołana przez Komitet specjalna rada artystyczna, złożona z członków Komitetu, prof. E. Wittiga, delegata z Dep. Kultury i Sztuki Min. Ośw. i W. R., delegata m. st. W-wy, przedstawicieli ze sfer artystycznych.

Obecnie mówi się o dwóch placach, na którychby mógł pomnik stanąć, t. j. plac przy plicy Jasnej i Zgody i plac Starynkiewicza.

Z powodu objęcia przez p. gen. D-ra Hubickiego stanowiska Ministra Pracy i Op. Społ. i w związku z tem niemożności poświęcenia więcej czasu Komitetowi Budowy Pomnika, dnia 15.X.30, przewodnictwo Komitetu Głównego objął gen. Dr. Kołłątaj-Srzednicki, a p. Minister Hubicki pozostał wśród członków Komitetu Głównego.

Podając powyższy szkic pracy Komitetu, trzeba zaznaczyć, że Pomnik będzie dumą całego stanu Służby Zdrowia Rzeczypospolitej, a godność tego stanu wymaga, aby rozpoczęte wspaniałe dzieło sztuki i jedyny nasz wspólny wysiłek „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia za Ojczyznę" stanął w Stolicy.

Więc apel: współpracujcie z Komitetem budowy przez propagowanie i opodatkowanie się na rzecz budowy Pomnika. — Konto nasze — P. K. O. Nr. 14-111.

Wszelkich informacyj w sprawie Pomnika udziela sekretarz z Komitetu codziennie w godz. 12 — 14; telefon 523-75 (W-wa — Szpital Ujazdowski).

Sprawozdanie kasowe Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę za czas od 1927 do 31.XII.1930 r.

Przychód:		Rozchód:	
Wpływy do dnia:		Zaliczki na budowę prof.	
31.XII.1928	32,660.32	E. Wittigowi	80.250.—
31.XII.1929	24.250.85	Koszta manipulacyjne w	
31.XII.1930	24,554.17	P. K. O. od 27 — 30 r.	101.17
		Koszta administracyjne .	1,068.20
		Na koncie w P. K. O. . .	45.47
Razem . .	81,465.34	Razem . .	81,465.34

Przewodniczący Komitetu Głównego
Dr. J. Kołłątaj-Srzednicki
Generał brygady.
Sekretarz *Dr. W. Kaliciński.*
Skarbnik *A. Wróblewski.*

———o———

KOMUNIKAT IV-GO ZJAZDU POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGÓW.

Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne donosi, że miejscowy Komitet urządzenia IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. zorganizował się definitywnie. Wmyśl uchwały Krak. Tow. Gin. z u. b. gospodarzem Zjazdu został prezes Krak. Tok. Gin., obecnie Doc. Dr. January Zubrzycki, sekretarzem Zjazdu Doc. Dr. Tadeusz Keller. Inni członkowie Komitetu Zjazdu objęli kierownictwo poszczególnych sekcyj Zjazdu.

IV-ty Zjazd Pol. Tow. Gin. odbędzie się w dniach od 28-go do 30-go czerwca 1931 r. w Krakowie w salach Kliniki neurologicznej U. J.

Tematy programowe w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Tow. Ginek. Pol. są następujące: I. Zaburzenia jajeczkowania a krwawienia miesiączkowe (Kraków). II. Hormony płciowe (Warszawa). III. Czy zachodzi potrzeba rewizji wskazań do cięcia cesarskiego (Lwów).

Wszelkie zgłoszenia referatów na Zjazd, związanych z tematami programowymi i luźnych, proszę kierować do dnia 15-go maja b. r. pod adresem Komitetu IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. w Krakowie Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. Kopernika 7. Tamże należy kierować wszelkie zapytania.

W dniach Zjazdu, w lokalu zjazdowym urządzona będzie wystawa lekarsko-farmaceutyczna. Zakłady i firmy, reflektujące na uzyskanie miejsc dla swych eksponatów, zechcą również zgłosić się pod adresem Komitetu najpóźniej do dnia 1-go czerwca b. r. Wcześniejsze zgłoszenia pożądane.

Komitet projektuje w ramach Zjazdu cały szereg wycieczek do miejsc klimatycznych, udogodnienia kwaterunkowe oraz zniżki kolejowe.

Równocześnie przypominamy uchwałę Pol. Tow. Gin. z dnia 28-go września 1929, w myśl której skład Wydziału Pol. Tow. Gin. jest następujący:

Prezes: vacat, zastępca prezesa Prof. Dr. Władysław Jakowicki, pierwszy sekretarz Doc. Dr. Tadeusz Keller, drugi sekretarz Dr. Wacław Zaleski, skarbnik Dr. Bruno Wojciechowski, członkowie zarządu: Dr. Ada Markowa, Dr. Jan Szancenbach, Doc. Dr. Józef Szymanowicz, Doc. Dr. January Zubrzycki, członkowie komisji rewizyjnej: Dr. Adam Ackerman, Dr. Ludwik Friedmann, Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Pozatem uchwalono, że członkowie Pol. Tow. Gin. zobowiązani są do składania 10 zł. rocznie na rzecz Pol. Tow. Gin. Składkę mają zbierać skarbnicy poszczególnych Towarzystw Gin. i przekazywać skarbnikowi Pol. Tow. Gin.

Prosimy skarbinków poszczególnych Towarzystw Gin., aby składki z roku 1930 i 1931 w łącznej sumie 20 zł. od każdego członka byli łaskawi przesłać do 1-go czerwca 1931 r. na ręce skarbnika Pol. Tow. Gin. D-ra Bruna Wojciechowskiego (Kraków, Siemiradzkiego l. 1).

Dokładny program Zjazdu rozesłany będzie w odpowiednim czasie.

Sekretarz Zjazdu:
(—) Doc. Dr. Tadeusz Keller.

Gospodarz Zjazdu:
(—) Doc. Dr. January Zubrzycki.

KOMUNIKAT.

Związek lekarzy Spiskich w Kesmarze w Czechosłowacji prosi nas o zaznaczenie, że urządza kurs dokształcający dla lekarzy w języku niemieckim w czasie 24 — 28 maja w kurortach leczniczych górskich w Tatrach.

Adres: Ernest Teichner, Kazmerok, Czechosłowacja.

TREŚĆ:

str.

1. Dr. med. A. Galewski, Warszawa. Lepkość krwi, z punktu widzenia fizykochemji i kliniki 51
2. Dr. med. Z. Segał. Chlorofil jako lek krwiotwórczy . . . 56
3. G. A. Rosner. Perkaina i jej zastosowanie w praktyce . . 61
4. Referaty z czasopism obcych 66
5. Dr. med. Wiktor Kaleciński. Sprawozdanie z działalności Komitetu budowy pomnika dla uczczenia pamięci członków służby zdrowia poległych za Ojczyznę 74
6. Komunikaty 78



REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 8-12-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua" St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.